

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Estrés percibido y estrategias de afrontamiento durante la pandemia covid-19 en el personal de enfermería de un sistema prehospitalario de emergencias de la ciudad de rosario durante el primer trimestre del año 2021

Por:

Enf. Puentes Reyes, Marcelo Alejandro

Director:

Lic. Cogliano, Ivana

Docentes Asesores:

Lic. Acosta, Simón

Lic. Díaz Ferrari, Analía

Rosario, 24 de noviembre de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Según B. F. Skinner:

*“Un fracaso no es siempre un error.
El verdadero error es dejar de intentarlo”.*

*Agradezco la colaboración de las autoridades
del servicio donde se planificó el proyecto.*

*A la Directora de Tesina y
a los docentes asesores de la cátedra
por su dedicación en los tiempos que corren.*

***Y, especialmente, a mi familia
por el apoyo incondicional.***

RESUMEN

El afrontamiento constituye el elemento esencial que emplea el individuo para hacer frente al estrés, pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores como a sus propias respuestas físicas, psicológicas y sociales. El objetivo de este trabajo será describir la relación que existe entre el estrés percibido durante la pandemia de COVID-19 y las estrategias de afrontamiento al estrés desarrolladas por el personal de enfermería según edad y antigüedad laboral en un sistema prehospitario de emergencias de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre del año 2021. El estudio a realizar es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. La población estará constituida por la totalidad del personal enfermero del Sistema prehospitario de emergencias elegido. Se utilizará como instrumento para la recolección de datos, el Cuestionario CAE autoadministrado para las estrategias de afrontamiento al estrés desarrolladas por el personal de enfermería según edad y antigüedad laboral y una Escala EEP-10-C para medir el estrés percibido. Las variables se tabularán y presentarán posteriormente como distribución de frecuencias o proporciones y las cuantitativas con media y desviaciones típicas obtenidas por cada factor del CAE en grupos por edad y antigüedad en el servicio y por cada uno de los diez ítems de la Escala EEP-10-C.

PALABRAS CLAVE

Estrategias de afrontamiento. Estrés percibido. Pandemia COVID-19. Sistema prehospitario de emergencias. Personal de enfermería

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras Clave	03
Índice General	04
Introducción	05
Problema, Hipótesis y objetivos	10
Marco Teórico	11
Material y Métodos	29
Tipo de Estudio o Diseño	29
Sitio o contexto de la Investigación	29
Población y Muestra	30
Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos	31
Operacionalización de variables	32
Principios Bioéticos	36
Personal a Cargo de la Recolección de Datos	36
Plan de Análisis	37
Plan de trabajo y cronograma	38
Anexos	39
I. Guía para el estudio exploratorio. Convalidación de sitio	40
II. Instrumentos y formatos de recolección de datos	41
III. Resultado del estudio exploratorio	45
IV. Resultado de la prueba piloto de los instrumentos	47
Bibliografía	49

INTRODUCCIÓN

El concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo un individuo para hacer frente al mismo, es decir, para tratar tanto con las demandas externas como internas generadoras del estrés y con el malestar psicológico que suele acompañarlo. Hay afrontamiento en la medida que hay esfuerzos en curso, cognitivos y conductuales, dirigidos a manejar las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona, toda vez que el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas. Ante situaciones de estrés, las respuestas del individuo suelen estar determinadas por una interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales. (Sandín & Chorot, 2003)

Años antes de que existiera un precedente tan masivo, como lo ha constituido la pandemia de Covid-19, se puso de manifiesto la importancia del apoyo social por parte de las instituciones hospitalarias para intervenir en casos de estrés y prevención del Síndrome de Burnout en el personal sanitario. El apoyo social de los compañeros y la supervisión constituyen herramientas útiles y complementarias a las medidas que se adopten sobre otros aspectos laborales de índole organizativa, tales como la sobrecarga laboral o la falta de control en el trabajo (Carrillo-García, Ríos-Rísquez, Martínez-Hurtado & Noguera Villaescusa, 2016).

Lazarus y Folkman (1984) apuntaron a que el estrés psicológico es el resultado de la relación entre el individuo, el medio ambiente y la evaluación de la percepción individual de una amenaza que pone en peligro el bienestar. De acuerdo con estos autores, dependerá de la valoración que haga una persona respecto a una determinada situación para que ésta se considere o no como fuente de estrés. El estrés psicológico no es una propiedad de la persona o del ambiente, sino que surge de la evaluación de una amenaza que lleva a cabo un tipo de persona en un ambiente particular. (Brief & George, 1995)

Son muchos los factores de riesgo, también llamados estresores laborales, que se han identificado como causantes de estrés en el personal de enfermería. Por un lado, están aquellos implícitos a la profesión, como los relacionados con la dificultad para afrontar el dolor, el sufrimiento y la muerte de los pacientes, y, por otro, los relacionados con la organización del trabajo, como son la falta de personal, la sobrecarga de trabajo y los problemas con los compañeros del equipo, tanto de enfermería como médico. La profesión

de enfermería es considerada estresante, con una alta prevalencia de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, insatisfacción laboral, absentismo y frecuentes cambios de puesto de trabajo o abandono de la profesión (Leka, Griffiths & Cox, 2004)

El Estrés en el Personal Sanitario es un tema de especial importancia en la actualidad ya que cada vez más estudios asocian al Estrés con la salud, bienestar psicológico y la calidad de la asistencia que se proporciona a los pacientes destinatarios de sus servicios profesionales (Ortega Ruiz & López Ríos, 2004).

Por otra parte, el Estrés implicado en la labor profesional, puede impactar en la capacidad de disfrute del trabajo y en el compromiso con el mismo, desencadenar un aumento en el ausentismo, rotación del personal, accidentes laborales y quejas de usuarios del servicio (Leka, Griffiths & Cox, 2004).

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo considera como problemas asociados al Estrés en el ámbito laboral a las enfermedades cardiovasculares, las dificultades musculares en cuello, hombros y brazos; así como el ausentismo, llegadas tarde, aumento en la rotación del personal, disminución de la productividad, y accidentes laborales. (Eurofound, 2005)

Como base teórico-conceptual para el presente trabajo, se define y operativiza el Estrés Percibido en concordancia con los postulados del Modelo Transaccional del Estrés, (Lazarus & Folkman, 1984) que lo conceptualiza partiendo de la base de que los estímulos del entorno no son en sí mismos estresantes, sino que desencadenan una respuesta de Estrés según la persona que los percibe. Es así que iguales situaciones no generarían la misma reacción en todos los individuos, ya que estos no le darían el mismo significado a lo que sucede (Straub, 2012).

Satizábal y Marín han encontrado correlación negativa entre estrés y calidad de sueño de los enfermeros, demostrando en sus estudios que cuando se dan mayores niveles de estrés, empeora la calidad del sueño entre los enfermeros que tienen turno diurno, en comparación con los del turno de la tarde o el turno nocturno, se ha identificado que la peor calidad de sueño puede estar asociada al personal que desarrolla su jornada laboral en turnos rotativos; además, se ha encontrado asociación entre el estrés y el uso de medicamentos para dormir con una pobre calidad de sueño (Satizábal & Marín, 2018).

Fernández Sánchez, Juárez, Arias han documentado que el estrés afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía

humanística del trabajo, es decir aquéllas que necesitan mayor entrega e implicación. (Fernández, Juárez, Arias & González, 2010).

Según la Organización Internacional del Trabajo, los impactos negativos de dormir mal y menos también pueden incluir trastornos psicosomáticos y psicosociales que a la larga, pueden favorecer el aumento de los accidentes, lesiones, bajo rendimiento y productividad (Lima da Silva, Teixeira, da Silva Soares, dos Santos Costa, Dos Santos Aranha & Teixeira, 2017).

El agravamiento de la situación de estrés causado por el agotamiento continuo puede llevar a consecuencias de mayor impacto para la salud de los trabajadores, como el síndrome de agotamiento profesional o Síndrome de Burnout. (Lima da Silva, Teixeira, da Silva Soares, dos Santos Costa, Dos Santos Aranha & Teixeira, 2017).

En general, los enfermeros tienen frecuentemente una mala calidad de sueño más allá del turno o del servicio que les toque realizar. Según los hallazgos de Satizábal y Marín, entre el 57 % y el 79,1 % de los enfermeros que trabajan por turnos rotativos tiene mala calidad de sueño. El género, la edad, el estado civil, la edad de los hijos, así como algunas características organizacionales como el turno de trabajo, el sistema de rotación, el servicio, la antigüedad en el cargo y las horas trabajadas por semana, parecen afectar la calidad de sueño del personal de enfermería influyendo en el nivel de estrés percibido; otros factores ambientales como la temperatura, la humedad y la altitud también pueden afectar las horas de descanso del personal de enfermería. (Satizábal & Marín, 2018).

El apoyo social resulta ser un amortiguador del estrés para la salud laboral. Dicho factor hace referencia, según Carrillo García y otros, al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros como con los superiores, incluyendo dos componentes, el apoyo emocional y soporte instrumental. (Carrillo García et al., 2018)

Ruiz, Tovar y Andrade definen el afrontamiento como todos los esfuerzos cognitivos y actitudinales para reducir las demandas internas y externas que sean percibidas como excesivas para el individuo, ya sea que estén dirigidas al problema o a la emoción. (Ruiz, Tovar & Andrade, 2017)

La presencia de estrés afecta tanto la salud como la calidad de vida al estar relacionado con la reducción de conductas positivas de salud y con el incremento de conductas nocivas. La presencia de estrés laboral está relacionada con diferentes situaciones como las dificultades para conciliar la vida familiar con el trabajo, con las propias

características del trabajo y con su contexto organizativo. (Párraga, González, Méndez, Villarín & León, 2018)

Finalmente, Orgambidez-Ramos, Borrego-Alés y Ruiz-Frutos, plantean en su estudio hacer frente al cansancio emocional y el agotamiento a partir de tratamientos orientados a disminuir el estrés que deviene de la práctica profesional de enfermería, tales como técnicas de relajación y meditación, o entrenamiento en estrategias y técnicas cognitivo-comportamentales de afrontamiento. Igual de necesarias serían acciones de promoción de la salud y del bienestar basadas en la práctica de deporte y de una gestión saludable del ocio y la recreación. (Orgambidez-Ramos, Borrego-Alés & Ruiz-Frutos, 2018)

Es por todo lo expuesto que en el presente trabajo se pretende examinar los resultados del estrés percibido durante la pandemia de COVID-19 en el personal enfermero de un sistema prehospitalario de emergencias de la ciudad de Rosario, y su relación con las estrategias de afrontamiento que desarrollan, según edad y antigüedad laboral, como acción de defensa a los agentes estresores a los que están expuestos.

En la elaboración de esta investigación se busca rescatar y ordenar antecedentes positivos de la bibliografía existente, para encontrar analogías y discrepancias que sirvan de plataforma para la construcción de criterios útiles para guiar la voluntad política de actores presentes y futuros que tengan en sus manos decisiones que presenten alternativas y estrategias de intervención en el tema y que puedan, con acceso a la información aquí presentada, trascender hacia cambios positivo sobre el tema.

La innovación fundamental de la presente investigación radica en proponer una combinación de lectura y análisis bibliográfico con instrumentos de medición psicométrica que sirvan de apoyo empírico y aporten en la conceptualización del síndrome. Se usan métodos validados de medición como son el cuestionario de afrontamiento de estrés adoptado de los reconocidos estudios de Sandín y Chorot y la Escala EPP-10-C de Estrés percibido durante la pandemia COVID, adoptada de una investigación de Campo-Arias, Pedrozo Cortés y Pedrozo-Pupo, cuyos resultados han sido reconocidos por la Revista Colombiana de Psiquiatría, indexada en el reconocido repositorio Elsevier.

La relevancia social de la presente investigación se fundamenta en la necesidad de promover la Salud Ocupacional, tendiente a prevenir el estrés laboral en los enfermeros mediante la identificación de los factores de riesgo, lo cual garantizaría un mejor desempeño

profesional. Los altos costos personales y sociales generados por el estrés laboral, han dado lugar a que las organizaciones internacionales mundiales en materia de salud insistan cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control del estrés en el ámbito laboral.

En ese sentido, el entrenamiento en Estrategias de Afrontamiento adaptativas y adecuadas para hacer frente a los estresores y en habilidades de Manejo del Estrés, podrían amortiguar el impacto potencialmente negativo en la salud del personal enfermero, y en la institución donde trabajan, por ello que el propósito de este trabajo sea aplicar sus resultados de cara al diseño e implementación de políticas públicas y programas de capacitación al personal enfermero de un sistema prehospitalario de emergencias, atendiendo en forma específica las necesidades psicosociales y de salud mental de esta población.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre el estrés percibido durante la Pandemia de COVID-19 y las estrategias de afrontamiento al estrés por parte del personal de enfermería según edad y antigüedad laboral en un sistema prehospitalario de emergencias de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021?

HIPÓTESIS

Un elevado nivel de estrés percibido con menor antigüedad laboral y edad producirá estrategias de afrontamiento desadaptativas por parte del personal de enfermería durante la pandemia de COVID-19.

OBJETIVO GENERAL

Describir la relación que existe entre el estrés percibido durante la pandemia de COVID-19 y las estrategias de afrontamiento al estrés desarrolladas por el personal de enfermería según edad y antigüedad laboral en un sistema prehospitalario de emergencias de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre del año 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la edad y antigüedad laboral del personal de enfermería de un sistema prehospitalario de emergencias
- Determinar la búsqueda de apoyo emocional, la expresión emocional abierta y la focalización en la solución del problema que utiliza el personal de enfermería de un sistema prehospitalario de emergencias.
- Describir la relación entre el estrés percibido durante la pandemia de COVID-19 y el desarrollo de estrategias de afrontamiento del estrés, según antigüedad laboral y edad, por el personal de enfermería de un sistema prehospitalario de emergencias.

MARCO TEÓRICO

El área prehospitalaria es una subespecialidad de la medicina de emergencias y desastres que trata de la atención del paciente fuera del ámbito hospitalario por profesionales de la salud, la atención de emergencias prehospitalarias, comprende la realización de actos encaminados a proteger la vida de las personas y consiste en la atención y estabilización del paciente enfermo o lesionado en el sitio del accidente o incidente, trasladándolo luego, con soporte básico o avanzado de vida, a un centro asistencial; constituye el momento, dentro de la historia natural de los accidentes o la enfermedad, en el que se brinda prevención secundaria, es decir, acciones dirigidas a disminuir o limitar la gravedad de las lesiones o descompensación; por lo que el tratamiento y traslado se convierten en un punto crucial durante esta etapa. (Sánchez, Loli & Sandoval, 2015)

Se considera que una persona está sometida a estrés cuando de forma real o distorsionada tiene la percepción de no ser capaz de hacer frente de forma efectiva a las demandas y exigencias del entorno. El estrés laboral crónico constituye una agresión continuada a la salud de los profesionales sanitarios que afecta especialmente a los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios. (Miret & Martínez Larrea, 2010)

El estrés es un estado de inestabilidad y angustia emocional que dificulta la capacidad para concentrarse y funcionar eficazmente de forma rutinaria. Una persona desarrolla estrés debido a aspectos multifactoriales de la vida, pudiendo ser una preocupación irritante subconsciente o un estado de urgencia consciente que disminuye la eficiencia de trabajo y la productividad de las personas. (Rodríguez, Fonseca & Aramburú, 2020).

La respuesta al estrés comprende una amplia gama de modificaciones fisiológicas, metabólicas y neuroendocrinas. Entre ellas se destacan la activación del eje simpático-médulo-adrenal, que da lugar a cambios cardiovasculares y a la liberación de catecolaminas, y la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, responsable de la liberación de corticosteroides al torrente sanguíneo (Rodríguez, Fonseca & Aramburú, 2020).

Los profesionales de enfermería están muy expuestos a situaciones estresantes en el ámbito de trabajo y por lo tanto son más vulnerables a padecer mayores niveles de estrés y ansiedad. (Mesa Castro, 2019)

El estrés constituye un fenómeno complejo, con diferentes definiciones según los distintos enfoques que han abordado su estudio, planteándose tres orientaciones principales. El enfoque biológico que lo considera como una respuesta ante situaciones que exigen una fuerte demanda, el enfoque psicosocial que se centra en las situaciones o elementos externos que exigen una fuerte demanda al individuo y el enfoque transaccional que estudia el estrés como un proceso entre la persona y el ambiente incluyendo tanto el estímulo como la respuesta. (Mesa Castro, 2019)

El abordaje transaccional del estrés abarca los distintos elementos y relaciones entre persona y ambiente, permitiendo incluir una serie de variables intermedias entre el sujeto y el entorno. Resulta, además, especialmente útil para entender el estrés laboral. Éste ha sido considerado como: *“el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo”*, constituyendo un verdadero problema social, económico y empresarial que tiende a ir en aumento. (Mesa Castro, 2019)

Los profesionales de la salud en general, y el colectivo de enfermería en particular, están muy expuestos a situaciones estresantes en el ámbito del trabajo, y están entre los que presentan mayores índices de estrés laboral. Según estudios de referencia, entre los principales factores psicosociales de riesgo laboral que pueden causar esta condición en el colectivo de trabajadores de enfermería, cabe citar, entre otros, los relacionados con el contenido del trabajo o la tarea, como el contacto con el sufrimiento, enfermedad y la muerte, atención y comunicación con pacientes y familiares, consecuencias de los errores propios para el paciente, realizar procedimientos dolorosos, el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad de rol, los contactos sociales de relaciones interpersonales y/o grupales, el clima de la organización, el coste emocional de cuidar, la sobrecarga de trabajo, entendida como exceso de tareas o gran número de horas de trabajo, necesidad de mantenimiento y desarrollo de una cualificación profesional, los horarios irregulares o trabajo a turnos, rotación interservicios, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo. (Mesa Castro, 2019)

El estrés no es siempre nocivo y perjudicial, sino que en muchas ocasiones es el motor que impulsa a la acción para enfrentar los retos que implica el trabajo en el sector salud y es coadyuvante para alcanzar los objetivos laborales. (Ortíz León et al., 2019)

Su reducción y el fortalecimiento del apoyo social son aspectos esenciales del tratamiento de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en situaciones

humanitarias de emergencia, en las que las personas a menudo experimentan niveles altísimos de esta condición. No se trata solamente del estrés que sufren las personas afectadas por dichos trastornos, sino también del que sienten sus cuidadores y las personas a su cargo. El apoyo social puede reducir muchos de los efectos adversos del estrés; de ahí que sea indispensable prestarle atención. El fortalecimiento del apoyo social también es parte esencial de la protección, entre otras estrategias de afrontamiento. (OPS, 2016)

Las estrategias de afrontamiento son consideradas variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación psicológica, que se clasifican según Sandin y Chorot (2002), en tres grandes dimensiones o focalizaciones del afrontamiento, Aquellas centradas en el problema, como focalización centrada en el problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social; las que están centradas en la emoción, como la autofocalización negativa y expresión emocional abierta y finalmente las centradas en la evasión y escape, como lo son la evitación y la religión.

En términos generales, el concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente a este problema; es decir, para tratar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés como el malestar psicológico que suele acompañarlo (Sandin, 1995).

El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la Psicología Clínica y en la psicopatología, ya que el modo en que el individuo lo asume puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud. (Sierra Llamas & Julio, 2010)

El individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas (el afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso del estrés sea adaptativo o desadaptativo). (Lazarus & Folkman, 1984)

La consideración del afrontamiento como proceso implica asumir la dependencia contextual del propio individuo como alguien activo interactuando con su medio, tratándose así de un modelo relacional o procesual, donde el estrés es un proceso interaccional, una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar (Lazarus & Folkman, 1984)

Los factores psicosociales son condiciones que afectan el bienestar y la salud de los trabajadores. Así mismo, las estrategias que éstos utilizan para sobrellevar estas

condiciones y cumplir con su trabajo pudieran afectar o reducir la condición. (Rodríguez Vega et al., 2018)

El empleo de estrategias de afrontamiento de aproximación a los problemas se asocia a un mayor grado de ajuste y adaptación, mientras que un mayor empleo de estrategias de tipo evitativo se relaciona con menos ajuste y comportamientos más desadaptativos. (Ávila Q., Montaña, Jiménez & Burgos, 2014)

Las estrategias de afrontamiento que utiliza el sujeto pueden influir en éste, además los tipos de estrategias que implemente correlacionan con el bienestar psicológico y factores protectores de salud. Un aspecto a destacar es que el afrontamiento activo y los estados de bienestar están relacionados. Sin embargo, no se puede señalar qué variable influye sobre la otra. (Ávila Q., Montaña, Jiménez & Burgos, 2014)

El afrontamiento está relacionado con un procesamiento cognitivo o de interacción social que surge como resultado de un evento o situación estresante y sugiere el modo en que un sujeto intenta resistir y superar demandas excesivas para adaptarse a una nueva situación y restablecer el equilibrio. Por ello, cuando las demandas del sujeto exceden sus recursos, se genera el estrés. El afrontamiento es entonces, la puesta en práctica de esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes para manejar demandas externas o internas que el sujeto evalúa como excesivas y desbordantes en comparación a sus recursos, mientras que las estrategias son las pautas comportamentales que el sujeto despliega de acuerdo con los recursos que el medio social y cultural le ofrecen (Montoya & Moreno, 2012).

Al desplegar el sujeto una estrategia se producen dos tipos de respuestas de afrontamiento como son, una orientada hacia la aproximación al suceso, mediante lo cual el sujeto realiza esfuerzos cognitivos para enfrentarse al problema que está propiciando estrés y emociones negativas; y otra orientada a la evitación del problema, es decir, eluden la situación que provoca ansiedad y esta es una de las respuestas más comunes para intentar regularla; sin embargo, esta evitación es contraproducente; en un primer momento impide un incremento puntual de la ansiedad, lo que posibilita mantenimiento y perpetuación, no obstante, la evitación de las situaciones que generan ansiedad implica la renuncia a planes e intereses que pueden ser importantes para el sujeto, lo que a su vez es fuente de ansiedad. (Montoya & Moreno, 2012)

Sobre la Focalización en la solución del problema, se puede decir que, los problemas clínicos son definidos hoy como una situación real que requiere una solución específica mediante la actuación adecuada, para lograr una meta, a través de una estrategia en particular. Por su parte, su resolución consiste en seguir un proceso cognitivo, afectivo-conductual, para descubrir soluciones eficaces a las situaciones de desadaptación durante el curso de la vida de un individuo. Este proceso contiene cinco etapas que van desde la valoración de la escena, la elaboración de un juicio personal, la formulación de estrategias alternativas, la solución del problema y la evaluación de logros. (Morán et al., 2016)

Los profesionales de enfermería deben ser capaces de trascender el actuar rutinario, para constituirse en actores reflexivos que resuelvan problemas y tomen decisiones clínicas asertivas que aseguren la calidad y la seguridad en las prácticas del cuidado. (Morán et al., 2016)

El *practicum reflexivo* ha devenido como una de las teorías más representativas en el campo del conocimiento profesional, y ha sido adoptado en la formación de recursos en salud y por ende en la enfermería, bajo la influencia de los trabajos de Shön. (Morán et al., 2016)

La práctica reflexiva es según Shön: *“una evaluación crítica de la propia conducta, como medio para el desarrollo de las habilidades en el lugar de trabajo, así como un proceso dialéctico en donde pensamiento y acción están vinculados integralmente”*, para el bien del paciente, los profesionales y la sociedad. (Morán et al., 2016)

En la práctica los profesionales solucionan problemas instrumentales mediante la selección de los medios técnicos más idóneos para determinados propósitos. Los profesionales que son rigurosos resuelven problemas instrumentales bien estructurados mediante la aplicación de la teoría y la técnica que se derivan del conocimiento sistemático, preferiblemente científico (Morán et al., 2016).

Cada vez a lo largo de los últimos veinte años, los problemas que se les plantean a los profesionales en la realidad no siempre se presentan como estructuras bien organizadas. De hecho, no suelen presentarse ni siquiera como problemas sino como situaciones poco definidas y desordenadas (Morán et al., 2016).

Aquellos que manejan estructuras de conflicto atienden a hechos diferentes e interpretan de manera distinta los hechos en los que reparan. No es por medio de la solución técnica de los problemas que se es capaz de convertir una situación problemática en un

problema bien definido; más bien, es a través de la denominación y la estructuración por la que la solución técnica de los problemas resulta posible. (Morán et al., 2016)

Es bastante frecuente el hecho de que una situación problemática aparezca como si se tratase de un caso único. Como quiera que el caso único quede fuera de las categorías de la técnica y la teoría existentes, el profesional no puede tratarlo como si fuera un problema instrumental que se resuelve mediante la aplicación de alguna de las reglas guardadas en el almacén del conocimiento profesional. Cuando un caso no figura “*en los libros*”, si se pretende abordar el problema con competencia, teniendo que recurrir a algún tipo de improvisación, inventando y probando en la situación concreta estrategias de su propia cosecha (Schön, 1992).

Algunas situaciones problemáticas son situaciones de conflicto de valores. En estos casos, los profesionales competentes no sólo están obligados a resolver los problemas técnicos por el recurso a los medios que resultan apropiados a fines claros y coherentes, sino que deben también reconciliar, integrar o elegir entre las valoraciones opuestas de una situación a fin de formular un problema coherente que valga la pena resolver. (Schön, 1992).

Con frecuencia, las situaciones son problemáticas de varias maneras a la vez. En esta situación, los profesionales quedarán atrapados en una maraña de requerimientos de carácter conflictivo como, por ejemplo, el deseo de mantener su puesto de trabajo, el sentimiento de su orgullo profesional en lo relativo a su competencia para poder dar un consejo útil, y un agudo sentido de su obligación de mantener sus pretensiones dentro de los límites de su comprensión propiamente dicha. (Schön, 1992).

Hay zonas indeterminadas de la práctica -tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores- que escapan a los cánones de la racionalidad técnica. Cuando una situación problemática es incierta, la solución técnica del problema depende de la construcción previa de un problema bien definido, lo que en sí mismo no es una tarea técnica. (Schön, 1992).

Cuando un profesional reconoce en la práctica una situación como única, no puede tratarla solamente mediante la aplicación de teorías y técnicas derivadas de su conocimiento profesional. Y, en situaciones de conflicto de valores, no hay metas claras y consistentes que guíen la selección técnica de los medios. (Schön, 1992).

Cuando un profesional es incapaz de reconocer o de dar respuesta a un conflicto de valores, si viola los estándares de su propia ética, o es incapaz de satisfacer todas las

expectativas respecto a su actuación competente, en la medida que parezca no ver aquellos problemas públicos que él mismo ha ayudado a crear, entonces está más y más sujeto a expresiones de desaprobación e insatisfacción. (Schön, 1992).

La crisis de confianza en el conocimiento profesional se corresponde con una crisis similar en la preparación de los profesionales. Es por eso que tras las críticas a las escuelas de formación se esconde un dilema de rigor: Lo que más necesitan aprender hoy los aspirantes a profesionales es aquello que en sus centros de preparación resulta cada vez más difícil enseñar. (Schön, 1992)

La Teoría del Procesamiento Dual destaca el potencial del tomador de decisiones para poder moverse entre los dos modos de cognición: análisis e intuición. Usar la intuición es razonable y, en ocasiones, necesario para ayudar a tomar decisiones de manera oportuna, sin embargo, en aras de la calidad y la seguridad del paciente, la intuición debe poder explicarse y racionalizarse en términos de la evidencia disponible y las características clínicas. (Jefford, Fahy & Sundin, 2011)

La reevaluación positiva consiste en resignificar el problema, enfatizando sólo los aspectos positivos que contrarresten lo negativos y permitan un afrontamiento optimista. (Montoya & Moreno, 2012)

El apoyo social por su parte, ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado. Se describe como: *"un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis"* (Vega Angarita & González Escobar, 2009). Se convierte así en el soporte social percibido cuando se tiene la convicción de que las personas pueden llegar a ser un sostén posibilitador en la disminución de las secuelas negativas de un problema (Montoya & Moreno, 2012).

Con apoyo social se favorecen los niveles de salud, independientemente de los grados de estrés del individuo que preceden al momento de estrés; la presencia de apoyo social favorece en alguna medida procesos psicofisiológicos positivos, y asimismo se dice que se acompaña de hábitos saludables que generan menores niveles de estrés (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

El apoyo social debe entenderse como un concepto de muchos componentes, un conjunto de diferentes significados y explicaciones; es por ello que algunos teóricos

prefieren definirlo como un metaconcepto. Este puede incluir aspectos temporales y situacionales, como la necesidad real del apoyo o si la conducta de apoyo obtenida es la precisada. Se ha encontrado que el apoyo social percibido tiene más impacto en la salud que el apoyo social recibido. El apoyo percibido actúa a un nivel global, aumenta la autoconfianza y mejora el afrontamiento de las situaciones estresantes o adversas. (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

La existencia de apoyo social será eficaz siempre que además de la buena intención, consiga realmente mejorar la autoestima del otro, aumente sus ganas de vivir y de recuperar su salud, de mejorar su estado de ánimo y de reducir el impacto de la enfermedad y el reforzamiento de su red informal de apoyo. Por el contrario, toda conducta que pueda comunicar sentimientos de impotencia, baja autoestima o que muestre una visión negativa de la vida y de su enfermedad, tendrá efectos negativos (Galván-Flores, 2009).

El soporte social por su parte es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona. Se expresa como una transacción interpersonal que incluye tres aspectos como son la expresión de afecto de una persona hacia otra, la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona y La prestación de ayuda de tipo material. (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

Existe apoyo social cuando es posible ver una estructura definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como por las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella, entre los que se espera encontrar homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos. (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. La primera se refiere a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. La segunda representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social

efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes.

Finalmente, el soporte social efectivo simboliza las acciones de soporte por sí mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

La falta de apoyo se relaciona con la aparición de enfermedades físicas. También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales como la depresión, la neurosis, se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas. Las intervenciones basadas en el apoyo social han tenido tanto auge en la última década por las siguientes razones: Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar, movilizan recursos informales promoviendo la participación, promueven la validez ecológica y resultan más accesibles, están indicadas en una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico, aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumenta la auto-responsabilidad y las competencias personales.

Reciben este tipo de apoyo no sólo las personas directamente implicadas, sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellas (cuidadores, familiares, etc.). (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

Entre las estrategias dirigidas a la emoción se encuentran los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional. Conforman este grupo, la expresión emocional abierta y la autofocalización negativa (Sierra Llamas & Julio, 2010).

Los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción surgen en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, y los estilos de afrontamiento dirigidos al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. (Sierra Llamas & Julio, 2010).

La autofocalización negativa modifica la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, pero atenúa la amenaza al transformar el significado de la situación. (Montoya & Moreno, 2012)

La Expresión emocional abierta es la estrategia de afrontamiento que describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema (Pérez y Rodríguez, 2011).

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009)

Una de las funciones más importantes de la emoción es la de preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. La correspondencia entre la emoción y su función son las siguientes: miedo-protección; ira-destrucción; alegría-reproducción; tristeza-reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo; anticipación-exploración; sorpresa exploración. Bajo ciertas circunstancias (predisposición, recurrencia, intensidad) la activación del sustrato fisiológico de cada emoción puede tener consecuencias sobre la salud de los individuos y en general juegan un papel importante en el bienestar/ malestar psicológico de los individuos, que no deja de ser un indicador del grado de ajuste/ adaptación del individuo. (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009)

Las emociones cumplen una función importante en la comunicación y juegan un doble papel en su función comunicativa. En primer lugar, la expresión de las emociones podría considerarse como una serie de estímulos discriminativos que indican la realización de determinadas conductas por parte de los demás. Así, en muchos casos la revelación de las experiencias emocionales es saludable y beneficiosa, tanto porque reduce el trabajo fisiológico que supone la inhibición, como por el hecho de que favorece la creación de una red de apoyo social para la persona afectada. La represión de las emociones tiene a su vez, una función social, por cuanto puede ser socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales con capacidad de alterar las relaciones sociales y afectar incluso la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Control o evitación emocional es la estrategia cognitivo conductual que busca, o tolerar la situación estresante por medio del control de las emociones, o bien, evitar

expresarlas por la carga emocional o por la desaprobación social que esta conlleva (Pérez y Rodríguez, 2011).

Es el bloqueo de pensamientos negativos, que logra la persona tras la implementación de actividades distractoras, imposibilitando la *rumiación*, como una manera de evitar pensar en el problema. (Montoya & Moreno, 2012)

A pesar de que la muerte y la enfermedad son hechos reales, inevitables dentro de la existencia humana, cuando el profesional de enfermería mantiene una actitud de evasión, es decir que el hablar de ello no es una posibilidad a pesar de estar en contacto frecuente, esta actitud le permite evadir los temores y sentimientos que emergen en él como profesional, frente a la experiencia de otra persona en peligro, sufrimiento o en la etapa final de su vida. (García, Ochoa & Briceño, 2018)

Para el profesional de enfermería toda práctica está orientada y emerge de representaciones imposibles de desligar de su labor diaria; sin embargo, la mayoría de sus acciones son vistas como técnicas o científicas, sin darle el valor social que ellas connotan. Los profesionales de la salud, durante su desempeño laboral fusionan sus saberes técnicos y científicos con el conocimiento empírico y social, pero, generalmente se atribuye a las prácticas una racionalidad técnica, que se documenta en las historias clínicas de los pacientes y en los reportes de la guardia de trabajo. Se olvida así que, por muy objetivas que sean las técnicas, son realizadas por seres sociales que interactúan en un colectivo. De allí la importancia de un enfoque relacional para abordar los saberes y las prácticas de los profesionales de enfermería (Perdigón & Strasser, 2015).

En la misma medida que la muerte y la enfermedad se han convertido en un asunto traumático para los grupos sociales actuales que no sólo han desarrollado rituales de evitación y ocultamiento respecto a la muerte, sino que desarrollaron rituales para reducir la muerte y la enfermedad, el profesional de enfermería no queda al margen de los rituales de evitación y reducción de la muerte y enfermedad, percibiendo el fallecimiento del paciente como un fracaso de sus acciones y esfuerzos terapéuticos por salvar una vida (Perdigón & Strasser, 2015).

Si bien numerosos trabajos tratan el tema de la muerte en el ámbito de la salud, y se explica en ellos cómo se debe tratar al paciente, los protocolos de actuación, las acciones apropiadas en la atención, y hasta resaltan la necesidad de formación del profesional de enfermería en los cuidados hacia el final de la vida y la muerte, sin embargo, raras veces se

habla del inevitable fin de la vida o de lo que debe hacer el personal enfermero para ayudar a una persona a reducir sus molestias y afrontar la muerte con coraje o dignidad, y aún más raro es encontrar análisis que hablen sobre qué le ocurre al personal de enfermería al enfrentar estos procesos. (Perdigón & Strasser, 2015).

El personal de enfermería es un sujeto que siente y padece, atravesado por representaciones sociales y por sus prácticas. Por representaciones sociales se entiende las (re-)interpretaciones y codificaciones de la realidad donde se articulan lo psicológico y lo social y que orientan las prácticas que realiza el profesional de enfermería en su quehacer cotidiano, el cual no puede ser tomado como una práctica técnica o un saber netamente científico, sino que va más allá de sus funciones aprendidas en las escuelas de enfermería incorporando las experiencias de su práctica laboral. Además, estas representaciones se conforman a partir de sus otros saberes culturales, sociales, creencias y experiencias pasadas. Las representaciones orientan consciente o inconscientemente sus labores de atención a pacientes en riesgo de muerte. (Perdigón & Strasser, 2015).

Los saberes y las prácticas en enfermería son estructurados en un nivel científico y técnico y sus funciones son medidas por la eficacia en la curación del paciente y su recuperación. El profesional de enfermería se autopercibe como integrante de la labor de cuidar, mientras que la profesión ha luchado para ser más científica y más profesional. Lo delicado y específico de sus labores exige que su saber requiera una preparación más compleja y superior a la que normalmente estaría sometido cualquier ejecutor de tareas ya preestablecidas (Perdigón & Strasser, 2015).

Uno de los factores que contribuye a afrontar los estados de ansiedad que vive el individuo es el referente a sus creencias espirituales. La espiritualidad se relaciona con las experiencias individuales que son únicas a cada persona, en este sentido el bienestar espiritual se relaciona con las creencias o los sistemas de valores que constituyen en el individuo su fuente de fuerza, esperanza y trascendencia en la vida. (Zavala, Vázquez & Whetsell, 2006)

La espiritualidad es la inclinación para encontrar significado en la vida por un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece, por lo tanto, despierta diferencias en las respuestas adaptativas tanto conductuales como fisiológicas en los momentos de ansiedad que vive el individuo que la profesa. (Zavala, Vázquez & Whetsell, 2006)

Esta estrategia ocurre cuando la persona se vale de la oración y de sus creencias religiosas para solucionar el problema. (Montoya & Moreno, 2012)

Aunque la espiritualidad sea una dimensión inherente a toda persona, no se puede hablar de un consenso en este término. Esta dificultad tiene que ver con la cultura, la religión, los valores y las experiencias de quien intenta definirla. (Uribe y Lagoueyte, 2014)

Stoll habla de la espiritualidad como un principio, una experiencia, una forma de ser, que se expresa a través del cuerpo, del pensamiento, de los sentimientos, de la creatividad, que permite reflexionar sobre uno mismo, que capacita para el valor, para la adoración y para comunicarse con lo sagrado y lo trascendente (Stoll, 1989).

La espiritualidad se caracteriza por la fe, por una búsqueda de significado y propósito en la vida, por una conexión con otros y por la trascendencia de uno mismo, por un sentido de paz interior y bienestar. Se manifiesta también en el contacto con la naturaleza, el arte, la música, la familia o la comunidad. Es algo inherente al ser humano, como una vivencia que proporciona ayuda y sosiego, que tiene un aspecto claramente relacional con los otros y con un ser trascendente, y que colma de sentido la vida; además, la inquietud espiritual aumenta en situaciones especiales, como la enfermedad. (Stoll, 1989).

Respecto a la religión, ésta representa un conjunto de creencias y prácticas organizadas o un código de conducta. La actividad religiosa consiste en símbolos, libros, rituales, prácticas, clérigos específicos y referencias para establecer las creencias o doctrinas. Por otro lado, la religiosidad por lo general se refiere a la pertenencia y a la participación en las estructuras organizativas, las creencias, los rituales y otras actividades relacionadas con la fe religiosa, como el judaísmo, el hinduismo, el islamismo o el cristianismo. (Stoll, 1989).

La relación de la espiritualidad con el cuidado de enfermería ha estado presente de manera importante desde los inicios de la disciplina. Para Florence Nightingale, el cuidado de la persona entera, incluyendo la parte espiritual, fue una de sus ideas principales. De igual manera, enfermeras de todas las épocas y nacionalidades se han preocupado por dar este tipo de cuidado a sus pacientes, lo que se hace evidente a lo largo de la historia de la enfermería. (Uribe y Lagoueyte, 2014)

Estudios epidemiológicos desarrollados en las últimas décadas indican una relación positiva entre espiritualidad y religiosidad y mejores indicadores de salud. La Espiritualidad se puede comprender como la esencia de una persona, una búsqueda de significado y

propósito en la vida. La religión puede ser definida como una expresión parcial de la espiritualidad, practicada mediante tradiciones sagradas, transmitida a través del patrimonio cultural, acompañada de dogmas y doctrinas. (Mesquita et al., 2013)

La identificación del perfil de los sujetos que utilizan el afrontamiento Religioso/Espiritual facilita al enfermero seleccionar intervenciones de enfermería adecuadas a cada tipo de paciente. (Mesquita et al., 2013)

En las emergencias humanitarias, los adultos, adolescentes y niños a menudo se ven expuestos a experiencias potencialmente traumáticas, que desencadenan reacciones emocionales, cognoscitivas, conductuales y somáticas muy diversas. Aunque la mayoría de las reacciones remiten espontáneamente sin convertirse en trastornos mentales, las personas con reacciones graves muchas veces acuden a los servicios de salud en busca de ayuda. En situaciones de emergencias humanitarias las personas sufren todo tipo de experiencias y pérdidas potencialmente traumáticas; por lo tanto, pueden experimentar a un mismo tiempo estrés agudo y síntomas de duelo. (OPS, 2016)

Las crisis de seguridad sanitaria frecuentemente generan estrés e incluso pánico en la población general, así como en los profesionales de salud, al sentir miedo a adquirir la enfermedad y morir a consecuencia de la infección. Los trabajadores de la salud temen a su vez, contagiar con la infección a sus familias, amigos o colegas y, asimismo, experimentan síntomas de estrés, ansiedad o depresión con implicaciones psicológicas a largo plazo (Monterrosa-Castro et al., 2020)

Las pandemias suelen instalarse de forma súbita y son de rápida propagación, generando diferentes impactos adversos, sobre todo de tipo social. Dos fenómenos sociológicos surgen fuertemente en épocas de epidemias contra los profesionales de la salud: la discriminación y la estigmatización. Lo primero se refiere al tratamiento que recibe un individuo o un grupo con parcialidad o prejuicio. Lo segundo es una condición, rasgo, comportamiento o atributo que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social que genera una respuesta negativa y culturalmente inaceptable para la sociedad. (Monterrosa-Castro et al., 2020).

El estrés, la ansiedad y el miedo son emociones o expresiones sintomáticas que son normales en fases iniciales ante estímulos agresores que se pueden moderar con patrones individuales de afrontamiento o somatización, y también se pueden desbordar llevando a la histeria o al pánico. Todo ello hace presencia en condiciones de epidemia. Se pueden

explicar la presencia y confluencia de los síntomas de estrés ansiedad y miedo por las modificaciones que se suceden en los neurotransmisores. Está establecido un vínculo entre la disminución de algunos neurotransmisores y las emociones. La reducción de la serotonina, dopamina, endorfinas, acetilcolina, adrenalina y ácido gamma-amino butírico se asocian con la ansiedad, obsesión, depresión, dificultad para controlar la ira, tristeza y emociones negativas. (Monterrosa-Castro et al., 2020).

Son factores que contribuyen a mayor presencia de síntomas de estrés o ansiedad, el alto riesgo de infección, equipamiento de protección personal inadecuado, ausencia de condiciones de seguridad o condiciones laborales de contratación no favorables, la falta de insumos bio-sanitarios o terapéuticos, aislamiento, agotamiento, jornadas extensas y falta de contacto familiar, sentimientos de pánico, depresión y angustia en médicos que laboran en medio de epidemias. Cambios en el estilo de vida a consecuencia de la epidemia se han asociado a su vez a mayor alteración emocional en profesionales de la salud, por tanto, estos deben realizar esfuerzos cognitivos y conductuales como respuestas de afrontamiento a situaciones estresantes. (Monterrosa-Castro et al., 2020).

La fatiga es otro factor preponderante en el desarrollo del estrés, ya sea como fatiga prolongada o como síntoma e indicio de su evolución. Ante ello se deben buscar las estrategias necesarias para enfrentar el problema y evidenciar eficientemente el signo de fatiga como indicio de estrés, para poder actuar a tiempo y prevenir consecuencias como el ausentismo del trabajador y el daño a la atención en la salud. (Seguel & Valenzuela, 2014)

Los estudios demuestran que no todos los estamentos profesionales responden de la misma manera al estrés laboral y que el nivel de afectación puede variar en función de la profesión. Así, médicos y enfermeras están más afectados por el cansancio emocional, los médicos son los más afectados en la dimensión de despersonalización y los técnicos sanitarios y médicos los que obtienen resultados peores en la dimensión de realización personal. Los servicios de urgencias son ámbitos especialmente generadores de estrés, soportan una importante presión asistencial y altos niveles de responsabilidad, están sometidos a intensas exigencias por parte de los pacientes y familiares, excesivas horas de trabajo, falta de descanso, situaciones de riesgo y peligrosidad y, por ello, son lugares de especial riesgo para producir desgaste profesional (Mirel & Martínez Larrea, 2010).

En la medida que la demanda de atención pre-hospitalaria ha aumentado en todo el mundo, debido a varios factores -entre ellos el aumento de la violencia urbana, el número

de accidentes automovilísticos o de afecciones clínicas como el infarto agudo de miocardio- en el contexto de la Pandemia de COVID, este servicio cobra aún más relevancia, ya que trabaja para reducir las tasas de mortalidad por estas y otras condiciones, asegurando una atención calificada y resolutive para pequeñas, medianas y grandes emergencias, remitiéndolas a las referencias adecuadas a la vez que realiza transporte interhospitalario de referencia y contra-referencia, tanto para servicios públicos como privados. (Marques et al., 2020)

En la actual situación de Pandemia es necesario instituir medidas que promuevan una mayor seguridad para los profesionales que realizan cuidados en el nivel de atención pre-hospitalaria, ante el inminente riesgo de contagio por el manejo de materiales biológicos y productos químicos que aumentan la susceptibilidad a daños a la salud. Además, los factores estresantes como las tensiones emocionales, la severidad de los cuidados, así como la dificultad de accesibilidad y la peligrosidad en determinadas situaciones – suponiendo también posibles condiciones laborales inadecuadas- pueden poner en riesgo la seguridad de profesionales y pacientes. (Marques et al., 2020)

La alta transmisibilidad del Coronavirus ha hecho imprescindible reflexionar sobre qué cuidados de enfermería son necesarios para preservar la seguridad de los profesionales que laboran en los servicios de atención pre-hospitalaria durante la atención primaria y traslados interinstitucionales de pacientes confirmados y/o sospechosos de Covid-19, sobre todo cuando la falta de preparación del sistema de salud en general, también en otros países, comprometió el afrontamiento de los daños y demandas resultantes de esta pandemia. (Marques et al., 2020)

El traslado de enfermos críticos precisa de una buena coordinación, con la finalidad de proporcionar a los pacientes los medios diagnósticos y el tratamiento más adecuados a su problema médico. Además de ello, la correcta y debida atención a un enfermo en situaciones de urgencias y emergencias, suponen un gran esfuerzo y una especial coordinación entre el centro emisor y el receptor, exigiendo una homogeneización de las pautas de traslado, de las maniobras diagnósticas previas, así como de la elección del medio de transporte provisto de la mejor tecnología disponible. (Castellano, Gázquez, López & Manzano, 2012)

En la actualidad y debido a la categorización de los hospitales y el incremento de las especialidades, el transporte del paciente crítico se ha vuelto muy común y los miembros

del equipo de transporte deben estar cada vez mejor preparados para enfrentarse con los peores escenarios y para la resolución de los diferentes problemas que puedan presentarse. (Castellano, Gázquez, López & Manzano, 2012)

La atención de urgencia se reconoce entonces como una parte esencial de la prestación de servicios de salud en los sistemas de salud, y los servicios de urgencia bien diseñados facilitan el reconocimiento oportuno, la gestión del tratamiento, y, en su caso, el tratamiento continuado de enfermedades agudas en el nivel apropiado del sistema de salud.

En agosto del 2020, a más de siete meses del inicio de la pandemia, el conocimiento sobre las complicaciones y secuelas por esta enfermedad se ha incrementado sustancialmente. La Organización Panamericana de la Salud a través de alertas e informes insta a los Estados Miembros a mantener a los profesionales de salud informados en la medida que nueva información se encuentre disponible a fin de fortalecer la detección oportuna y el manejo adecuado de los casos de COVID-19, sus complicaciones y secuelas (OPS & OMS, 2020).

En siete meses desde la notificación de los primeros casos de COVID-19, fueron muchos los avances alcanzados en relación al conocimiento de la enfermedad: esto incluye, pero no se limita a la fuente de infección, patogénesis y virulencia del virus, transmisibilidad, factores de riesgo, efectividad de medidas de prevención, vigilancia, diagnóstico, manejo clínico, complicaciones y secuelas, entre otros. Sin embargo, existen varias brechas en todos estos aspectos que aún requieren el aporte de toda la comunidad científica. (OPS & OMS, 2020).

En materia de edad y antigüedad laboral, es necesario agregar que, en profesiones de enfermería con un elevado componente vocacional, la transición actual de las expectativas idealistas de la juventud y periodo de formación a la práctica clínica cotidiana puede frustrar con facilidad las expectativas de recompensas personales, profesionales y sociales.

Así, tras los dos primeros años de su formación profesional se puede estar ya produciendo un fenómeno de sensibilización, puesto que los profesionales en esta época son especialmente vulnerables. Aunque inicialmente el estrés se empezaba a percibir en profesionales de más de 40 años, cada vez son mayores los indicadores de desgaste profesional entre recién egresados y residentes, especialmente en relación con las guardias en los servicios de urgencias. (Mirel & Martínez Larrea, 2010)

Es importante tener en cuenta al evaluar estos datos, el sesgo de supervivencia, puesto que los más afectados por estrés son los que finalmente se ven abocados a abandonar el trabajo. Por ello es que se ven más afectados los profesionales que llevan más de 20 años de desarrollo profesional, con más de 10 años en el mismo centro de trabajo, especialmente si se trata de centros con gran número de profesionales del ámbito de la atención especializada y dedicados la mayor parte del tiempo de su jornada laboral a la atención directa de un número elevado de pacientes. (Mirel & Martínez Larrea, 2010)

Las rotaciones laborales, los cambios de turno y de horario pueden incrementar el riesgo de estrés laboral, especialmente en el personal de enfermería. La sobrecarga laboral, la estructura de los servicios, así como las expectativas de desarrollo profesional, el sistema de recompensas y el grado de control sobre el propio trabajo influyen en el proceso de desgaste profesional. (Mirel & Martínez Larrea, 2010)

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El presente estudio corresponde a una investigación cuantitativa, de tipo observacional, descriptiva, de corte transversal y prospectivo, que tendrá lugar en el personal de enfermería de un sistema prehospitalario de emergencias de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre del año 2021.

Se considera que la investigación será cuantitativa, en la medida que utilizará herramientas de análisis matemático y estadístico para describir, explicar y predecir fenómenos mediante datos numéricos. Será observacional porque sus resultados no alterarán el curso natural de los acontecimientos, limitándose solamente a la observación y registro de ellos, y descriptivo porque pretenderá “describir y registrar” el comportamiento de las variables en un grupo de sujetos en un periodo de tiempo.

Será también un estudio transversal porque todas las mediciones se harán en un solo momento y no existirán acciones de seguimiento. Las observaciones se recolectarán de manera simultánea en una sola ocasión y es a su vez será prospectivo porque la recolección de los datos será según lo hechos vayan ocurriendo.

Sitio donde se realizará la investigación

Para la selección del sitio de estudio se aplicó una guía de convalidación (Anexo I) entre un Sistema de Emergencias prehospitalarios de dependencia pública y una privada. Tras los resultados del estudio exploratorio (Anexo III) se determinó la selección de uno de ellos por reunir los criterios de elegibilidad del presente estudio, ya que allí se encuentran las variables en estudio, la población acorde y la factibilidad de llevar adelante el proyecto de investigación.

El sistema de emergencia prehospitalario seleccionado es el de dependencia pública municipal, el mismo se encuentra articulado en red con la secretaria de salud pública municipal de la que depende. La gestión de la repartición del sistema integrado de emergencias está a cargo del director, subdirector, coordinador, jefe y sub jefe de enfermeros.

Cuenta con un edificio donde se encuentra la central telefónica de recepción de llamados y sala de despacho de ambulancias, además de las oficinas de la dirección, ubicados en la intersección de las calles san Luis y Balcarce de la ciudad de rosario y otro edificio donde se realiza la higiene y desinfección de las ambulancias y además de la reposición de insumos médicos sito en las calles Av. Pellegrini y Suipacha de la ciudad de rosario.

Población y muestra

La población estará constituida por todos los enfermeros en planta permanente del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias de la Ciudad de Rosario elegida para realizar esta investigación. La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros que se encontraba en servicio activo durante el período de pandemia, es decir, durante el año 2020.

Criterios de inclusión:

- Personal enfermero activo durante la pandemia del año 2020

Criterios de exclusión:

- Personal enfermero con antigüedad laboral menor a un año en el Sistema prehospitalario de Emergencias.
- Personal enfermero en tratamiento por patologías psiquiátricas

El tamaño aproximado de la población estará compuesto por 50 enfermeros aproximadamente, dato aportado por los resultados del estudio exploratorio, por tal, no se realizará muestreo ya que la población es factible de ser abordada en su totalidad.

Con respecto a la validez externa los resultados son generalizables únicamente a la población de estudio. Existen limitaciones para generalizarlos debido a que el número de población es reducido y se realizará en un único sitio.

Se considerarán limitaciones del estudio los sesgos de selección por motivos de personal que se niegue a participar voluntariamente de la presente investigación.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para medir las variables en estudio se utilizará como técnica la encuesta, utilizando como instrumento de recolección de los datos dos cuestionarios, uno de ellos, el Cuestionario CAE autoadministrado para medir las Estrategias de afrontamiento de estrés y, por otra parte, la Escala EEP-10-C para los Niveles de Estrés percibido, ambos impresos en papel. (Anexo II)

Previo a la aplicación de los instrumentos, el investigador dará instrucciones a los participantes antes de su llenado para la forma apropiada de diligenciar el cuestionario y estará dispuesto para dar aclaraciones ante alguna duda, con la precaución de no sugerir la respuesta. También existen instrucciones básicas

Cada instrumento contará con instrucciones de llenado y con el registro de datos personales, donde a su vez se podrán recoger los datos sobre la edad y antigüedad en servicio de cada participante.

La Escala EEP-10-C es la versión en castellano de la EEP-10 modificada para ser aplicada durante la Pandemia de COVID-19. Fue validada en la Universidad de Magdalena de Colombia, por Campo-Arias, Pedrozo Cortés y Pedrozo-Pupo (2020). Es una versión modificada de la EEP-10 de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983). Esta escala mide la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. La escala incluye una serie de preguntas, cuyas opciones de respuesta: son 'nunca', 'casi nunca', 'de vez en cuando', 'muchas veces' y 'siempre'.

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), propuesto por Sandín & Chorot (2003), es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento en base a siete factores que los representan: (1) Focalizado en la solución del problema, (2) Autofocalización negativa, (3) Reevaluación positiva, (4) Expresión emocional abierta, (5) Evitación, (6) Búsqueda de apoyo social, y (7) Religión.

ventajas y desventajas de la técnica e instrumento seleccionado

Las ventajas de la técnica e instrumento seleccionado son:

Costo relativamente bajo.

Su capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo bastante breve.

La facilidad para obtener, cuantificar, analizar, e interpretar datos.

Menores requerimientos en cuanto a personal, pues no es necesario adiestrar encuestadores o entrevistadores.

Mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados.

Eliminación de los sesgos que introduce el encuestador.

Hay uniformidad en el tipo de información obtenida.

Las desventajas de las mismo son:

Es poco flexible, la información no puede variar ni profundizarse.

La calidad de la información obtenida no puede ser tan buena, o ésta puede ser superficial.

El investigador tiene limitada libertad para formular preguntas independientes generadas por la interacción personal.

Es difícil obtener información confidencial.

Se realizó una prueba piloto al instrumento en un grupo reducido de enfermeros con similares características a la del estudio, pero que no formarán parte del mismo, para valorar el funcionamiento y dificultades que pudieran presentar los instrumentos seleccionados para la presente investigación, con el propósito de identificar posibles preguntas o ítems mal formulados o que resulten incomprensibles, evaluar el ordenamiento y su presentación, si las instrucciones para su llenado son suficientes y si las condiciones bajo las cuales se aplicará el instrumento son las adecuadas. (Anexo IV).

La actividad se realizó con una duración de 30 minutos que se distribuyeron de la siguiente manera: 10 minutos de preparación y presentación del proyecto al personal de enfermería que accedió a colaborar, 10 minutos para aplicar el Cuestionario CAE autoadministrado y luego 10 minutos para la Escala EEP-10-C.

Los formatos iniciales contenían escalas de calificación y fue notorio que esto se prestaba a cierta confusión por parte de los participantes, por lo que se decidió retirar las escalas y dejar solo los espacios de llenado y las breves instrucciones de llenado.

Operacionalización de variables

VARIABLE 1: Estrategias de afrontamiento de estrés. Tipo Cualitativa. Función independiente. Escala de medición ordinal.

Definición: esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas

generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés. (Sandín, 1995)

Dimensiones: Siete componentes de orden superior de la escala CAE (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés), propuesto por Sandín & Chorot (2003).

D 1: Búsqueda de apoyo social.

Indicadores:

- Contar los sentimientos a familiares o amigos
- Pedir consejo a parientes o amigos
- Pedir información a parientes o amigos
- Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado
- Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir
- Expresar los sentimientos a familiares o amigos

D 2: Expresión Emocional Abierta.

Indicadores:

- Descargar el mal humor con los demás
- Insultar a otras personas
- Comportarse hostilmente
- Agredir a alguien
- Irritarse con la gente
- Luchar y desahogarse emocionalmente

D 3. Religión.

Indicadores:

- Asistir a la Iglesia
- Pedir ayuda espiritual
- Acudir a la Iglesia para rogar se solucione el problema
- Confiar en que Dios remediase el problema
- Rezar
- Acudir a la Iglesia para poner velas o rezar

D 4: Focalizado en la solución del problema.

Indicadores:

- Analizar las causas del problema
- Seguir unos pasos concretos
- Establecer un plan de acción
- Hablar con las personas implicadas
- Poner en acción soluciones concretas
- Pensar detenidamente los pasos a seguir

D 5: Evitación.

Indicadores:

- Concentrarse en otras cosas
- Volcarse en el trabajo u otras actividades
- Salir para olvidarse del problema, por pensar en el problema
- Practicar deporte para olvidar
- Tratar de olvidarse de todo

D 6: Autofocalización negativa.

Indicadores:

- Autoconvencerse negativamente
- No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas
- Autoculpación
- Sentir indefensión respecto al problema
- Asumir la propia incapacidad para resolver la situación
- Resignarse

D 7: Reevaluación positiva.

Indicadores:

- Ver los aspectos positivos
- Sacar algo positivo de la situación
- Descubrir que en la vida hay gente buena

- Comprender que hay cosas más importantes
- Pensar que no hay mal que por bien no venga
- Pensar que el problema pudo haber sido peor

VARIABLE 2: Edad. Tipo Cuantitativa continua. Función Independiente. Escala de medición de razón.

Indicador: Edad en años según refiera el encuestado.

VARIABLE 3: Antigüedad laboral. Tipo Cuantitativa continua. Función Independiente. Escala de medición de razón.

Indicador: Antigüedad en años en el servicio según refiera el encuestado.

VARIABLE 4: Nivel de Estrés percibido Tipo Cualitativa. Función independiente. Escala de medición ordinal.

Definición: Se refiere al grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. El concepto de estrés percibido proviene de la teoría transaccional del estrés, que lo define como una relación particular entre el individuo y su entorno, cuando este último es evaluado por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y capaz de poner en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1984).

Dimensiones: Dos, tomadas de la Escala EEP-10-C. relacionada con el COVID-19.

D 1: Sensación de Distrés General

Indicadores:

- Me he sentido afectada/o como si algo grave fuera a ocurrir inesperadamente con la pandemia.
- He sentido que soy incapaz de controlar las cosas importantes de mi vida por la pandemia.
- Me he sentido nervioso o estresado por la pandemia.
- Me he sentido incapaz de afrontar las cosas que tengo que hacer para el control de la posible infección.
- He estado molesta/o porque las cosas relacionadas con la pandemia están fuera de mi control.

- He sentido que las dificultades se acumulan en estos días de la pandemia y me siento incapaz superarlas.

D 2: Capacidad de Afrontamiento

Indicadores:

- He estado segura/o sobre mi capacidad para manejar mis problemas personales relacionados con la pandemia.
- He sentido que las cosas van bien (optimista) con la pandemia.
- He sentido que puedo controlar las dificultades que podrían aparecer en mi vida por la infección.
- He sentido que tengo todo controlado en relación con la pandemia.

Principios Bioéticos

Beneficencia: los sujetos que conformarán la población no serán expuestos a daños físicos ni psicológicos, se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables.

Respeto a la dignidad humana: se asegurará la autodeterminación de los sujetos de estudio por medio de la información completa a través de un Consentimiento Informado (Anexo II) donde se le describirá con detalle la naturaleza del estudio, el derecho a rehusarse a participar o retirarse en el momento que lo desee, a no responder a preguntas que considere invade su privacidad sin que ello conlleve a alguna represalia. Se preservará la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

Justicia: se asegurará el derecho del sujeto a un trato justo con la finalidad de disminuir las situaciones desiguales y a preservar su intimidad.

Personal a cargo de la recolección de datos

La entrega de los instrumentos y su aplicación en hojas de registro para la recolección de datos estará a cargo únicamente del autor de la presente investigación, luego de obtener todos los permisos correspondientes. Para ello el investigador concurrirá al lugar físico dónde se realiza la higiene de las ambulancias y la reposición de insumos médicos con la que cuenta el sistema integrado de emergencias sanitarias, sito en calle Pellegrini esquina Suipacha de la ciudad de rosario, de lunes a viernes en el horario de 10

a 12 hs. El lugar utilizado por el investigador para la recolección de datos será el área de descanso con la que cuenta dicha institución.

Plan de análisis

El cuestionario CAE de afrontamiento del Estrés, adoptado de Sandín y Chorot (2003), se califica según la siguiente tabla de corrección de las pruebas:

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes sub-escalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29, 36
Autofocalización negativa (AFN)	2, 9, 16, 23, 30, 37
Reevaluación positiva (REP)	3, 10, 17, 24, 31, 38
Expresión emocional abierta (EEA)	4, 11, 18, 25, 32, 39
Evitación (EVT)	5, 12, 19, 26, 33, 40
Búsqueda de apoyo social (BAS)	6, 13, 20, 27, 34, 41
Religión (RAGÚ)	7, 14, 21, 28, 35, 42

El cuestionario brinda cinco opciones de respuesta las cuales serán codificadas de la siguiente manera nunca = 0, pocas veces = 1, algunas veces = 2, frecuentemente = 3, casi siempre = 4. El investigador dará instrucciones a los participantes antes de su llenado para la forma apropiada de diligenciar el cuestionario y estará dispuesto para dar aclaraciones ante alguna duda, con la precaución de no sugerir la respuesta. Acorde a la codificación asignada se construye la siguiente escala para reconstruir la variable:

De 0 a 84 estrategias de afrontamiento adaptativas.

De 85 a 168 estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Para la Escala EPP-10-C de Estrés percibido durante la pandemia COVID, la escala incluye una serie de consultas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el último mes. Los incisos se entienden con facilidad. La escala brinda cinco opciones de respuesta las cuales serán codificadas de la siguiente manera nunca = 0, casi nunca = 1, de vez en cuando = 2, muchas veces = 3 y siempre = 4. No obstante, los ítems 4, 5, 7 y 8 se califican en forma reversa o invertida. A mayor puntuación, mayor estrés percibido. El investigador dará instrucciones a los participantes antes de su llenado para la

forma apropiada de diligenciar el cuestionario y estará dispuesto para dar aclaraciones ante alguna duda, con la precaución de no sugerir la respuesta. Acorde a la codificación asignada se construye la siguiente escala para reconstruir la variable:

De 16 a 20 puntos será un bajo nivel de estrés percibido

De 21 a 24 puntos será un elevado nivel de estrés percibido.

Una vez cargados los datos en una hoja de Excel, se agruparán y tabularán los datos para codificarlos y analizarlos en el mismo software Excel, en el cual se realizará una base de datos que se cruzará en tablas dinámicas para determinar las correlaciones que puedan existir entre las variables. Los gráficos de tipo histogramas, ojivas y barras de frecuencias serán elaborados con Excel. Será necesario contar con el asesoramiento de un especialista en estadística.

Plan de trabajo y cronograma

A través del siguiente Cronograma de actividades se detallarán los tiempos de cada etapa y fases del proceso de la investigación.

Etapas del proceso de la investigación	En e	Fe b	Ma r	Ab r	Ma y	Ju n
Aplicación de instrumentos CAE y EEP-10-C	X	X	X			
Tabulación y análisis de datos				X		
Preparación de resultados y conclusiones					X	
Elaboración de informe e intercambio con asesores						X
Informe final						X

ANEXOS

ANEXO 1: GUÍA PARA EL ESTUDIO EXPLORATORIO

CONVALIDACIÓN DE SITIO

- 1) ¿Se puede realizar el estudio en este Sistema prehospitalario de emergencias?
- 2) ¿Permitirá la institución la publicación de los resultados de la investigación?
- 3) ¿Es una institución pública o privada, de nivel municipal, provincial o nacional?
- 4) ¿Se han hecho estudios similares a este, en esta institución con anterioridad?
- 5) ¿Existe un Comité de Bioética en esta institución?
- 6) ¿Posee esta institución protocolos de estrés y Burnout para su personal permanente de planta?
- 7) ¿Existieron durante la Pandemia de COVID-19, protocolos adicionales para contrarrestar los efectos del estrés en el personal de enfermería?
- 8) ¿Existe personal enfermero en la planta permanente de esta institución?
- 9) ¿Cuál es la dotación de personal de enfermería por turnos y jornadas?
- 10) ¿Existen sistemas de capacitación para el personal, en materia de estrés?
- 11) ¿Existen escalafones de personal por antigüedad laboral y edades del personal?
- 12) ¿El personal enfermero de este Sistema prehospitalario de emergencias tiene un horario de oficina -o en la infraestructura de la institución- durante el cual se les pueda aplicar los instrumentos autoadministrados?

ANEXO 2: Instrumentos y formatos de Recolección de datos

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS

(Adoptado de Sandín y Chorot, 2003)

Código de Participante:

Edad: años.

Antigüedad en la Institución de Emergencia Prehospitalaria: años.

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud., la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud., piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problema más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1.	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2.	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre saldrían mal	0	1	2	3	4
3.	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4.	Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5.	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6.	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7.	Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8.	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9.	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10.	Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11.	Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12.	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13.	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14.	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15.	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16.	Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17.	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18.	Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19.	Salí al cine, a cenar, a “dar una vuelta”, etc. para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20.	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21.	Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22.	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4

23.	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24.	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25.	Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26.	Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27.	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28.	Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29.	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones problema	0	1	2	3	4
30.	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31.	Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
32.	Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33.	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34.	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35.	Recé	0	1	2	3	4
36.	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37.	Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38.	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39.	Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40.	Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41.	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité mis sentimientos	0	1	2	3	4
42.	Acudí a la iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Escala EPP-10-C de Estrés percibido durante la pandemia COVID

(Adoptado de Campo-Arias, Pedrozo Cortés y Pedrozo-Pupo (2020))

Código de Participante:

Edad: años.

Antigüedad en la Institución de Emergencia Prehospitalaria: años.

Instrucciones: A continuación, para contestar al siguiente instrumento de medición de estrés percibido durante la Pandemia de Covid-19, se le solicita leer con detenimiento cada ítem y recordar en qué medida Ud. se siente identificado/a con él. Rodee con un círculo el número que mejor represente su percepción durante la pandemia de COVID. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud., piense en un único acontecimiento sino más bien en las situaciones o problema más estresantes vividos durante el pasado año.

	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	Casi siempre	Siempre
Me he sentido afectada/o como si <i>algo grave fuera a</i> ocurrir inesperadamente con la epidemia					
He sentido que soy <i>incapaz de controlar las cosas</i> importantes de mi vida por la epidemia					
Me he sentido nervioso o estresado por la epidemia					
He estado segura/o sobre mi <i>capacidad para manejar mis</i> problemas personales relacionados con la epidemia					
He sentido que las cosas <i>van bien (optimista) con la</i> epidemia					
Me he sentido incapaz <i>de afrontar las cosas que tengo que</i> hacer para el control de la posible infección					
He sentido que puedo <i>controlar las dificultades que</i> podrían aparecer en mi vida por la infección					
He sentido que tengo todo <i>controlado en relación con la</i> epidemia					
He estado molesta/o <i>porque las cosas relacionadas con la</i> epidemia están fuera de mi control					
He sentido que las <i>dificultades se acumulan en estos días</i> de la epidemia y me siento incapaz superarlas					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación está conducida por Marcelo Puentes Reyes, estudiante de 5° año de la carrera Lic. en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario y, tiene como objetivo describir la relación que existe entre el estrés percibido durante la pandemia de COVID-19 y las estrategias de afrontamiento al estrés desarrolladas por el personal de enfermería según edad y antigüedad laboral en un sistema prehospitalario de emergencias de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre del año 2021.

El estudio a realizar es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Tendrá una duración de seis meses y se desarrollará con la totalidad del personal enfermero del Sistema prehospitalario de emergencias elegido. El investigador usará la técnica de observación y como instrumento aplicará en el personal enfermero de la institución elegida un Cuestionario CAE autoadministrado para las estrategias de afrontamiento al estrés desarrolladas por el personal de enfermería según edad y antigüedad laboral y una Escala EEP-10-C para conocer el estrés percibido durante la pandemia Covid-19.

Si usted accede a participar en este estudio, se le brindará un formato de papel con tres partes: datos personales y dos pruebas, las cuales miden estrategias de afrontamiento de estrés y estrés percibido durante el cumplimiento de sus funciones en la pandemia de COVID-19. Se requerirá su disposición para llenar los instrumentos durante una hora aproximadamente.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Asimismo, sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación, ya que esta evaluación será anónima.

En caso, de surgir alguna duda e inquietud sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el mismo. Así como también, puede retirarse del procedimiento en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma.

Agradezco su participación y colaboración.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, dirigida por Marcelo Puentes Reyes, estudiante de la Universidad Nacional de Rosario.

He recibido toda la información necesaria de forma clara y comprensible sobre el objetivo, procedimiento y temporalidad, que se seguirá a lo largo del proceso de este estudio.

Me han indicado que tendré que responder dos pruebas que miden estrategias de afrontamiento de estrés y estrés percibido durante la pandemia de COVID-19. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para otro propósito fuera de los estipulados en este estudio, sin mi consentimiento. Además, se me indicó que podía realizar preguntas sobre este proyecto en cualquier momento y que tengo la potestad de retirarme cuando así lo decida, sin que acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del participante

Firme del Investigador

ANEXO 3

RESULTADO DEL ESTUDIO EXPLORATORIO

CONVALIDACIÓN DE SITIO

Previo presentación de nota solicitando autorización, la institución dio permiso para la realización del estudio en sus instalaciones y la aplicación de este a las unidades de análisis pertenecientes a su plantel de enfermeros, autorizando también la publicación de los resultados de la investigación.

Se convalidó que, el sistema corresponde a la gestión de la salud pública municipal y se encuentra relacionada con la red de traslados provincial que se encuentra distribuida por toda la extensión del territorio provincial. La Red de Emergencias de esta institución está constituida operativamente por una Central de despacho, en la misma central operativa se encuentra el sector de gestión de Camas y derivaciones y la central telefónica de emergencia y traslados.

Su sede administrativa y centro de comunicaciones de emergencias funcionan en una superficie de 212 m² donde se cuenta con soporte informático, innovación tecnológica y equipamiento de última generación. Las 9 ambulancias de este sistema más 2 unidades de respuesta rápida tienen un promedio de llegada al lugar de atención de ocho a diez minutos y cuentan con tecnología de georeferenciamiento.

Se comprobó que la población de personal de enfermería de la institución está compuesta por 50 enfermeros de diferentes edades y años de antigüedad, en un amplio rango que va de 28 a 59 años.

NOTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA CONVALIDACIÓN DE SITIO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Walter Noyes 12046
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 09 de Noviembre 2020

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

WALTER BLANCO
Jefe de Logística y Movilidad
ECCO S.A.


Nores, Rosana

ANEXO 4

RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO DE LOS INSTRUMENTOS

Una vez realizado los trámites y coordinaciones correspondientes con los jefes de la institución para la aplicación de los instrumentos, la recolección de datos se realizó durante los horarios de guardia de los enfermeros, en el momento que se realiza la higiene y reposición de insumos médicos.

Antes de aplicar los cuestionarios se realizó la presentación del proyecto durante 10 minutos a tres profesionales de enfermería, se les informo a su vez, acerca de los objetivos de la investigación y de la importancia de su participación. Posteriormente se aplicó el cuestionario de CAE de Afrontamiento de estrés y la escala EPP-10-C de estrés percibido. La actividad tuvo una duración de 30 minutos en total, llevándoles un aproximado de 10 minutos por cada cuestionario.

Los tres participantes comprendieron las consignas sin dificultad, así como las opciones de respuesta, el formato del instrumento facilitó mucho su llenado. Se hizo saber a los participantes que en la aplicación posterior de la investigación no participarán para evitar cualquier sesgo proveniente del uso de los instrumentos.

NOTAS DE AUTORIZACIÓN PARA PRUEBA PILOTO DE INSTRUMENTOS



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que PUELLER RUIZ MARCELA
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 09 de Setiembre 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

MARCELA A. MARASCHIO
JEFA DE PERSONAL S.I.E.S.
Secretaría de Salud Pública

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila-Quiñónez, A., Montaña, G., Jiménez-Arenas, D., & Burgos, J. (2014). Estilos y estrategias de afrontamiento y rendimiento académico: una revisión empírica. *Enfoques*, 1(1). pp. 15 – 44
- Brief, A. y George, J. (1995). *Psychological stress and the workplace: A brief comment of Lazarus' outlook*. En R. Crandall y P. L. Perrewé (Eds.): *Occupational stress: A handbook* (pp. 15-28). Washington, D.C.: Taylor & Francis Publishers.
- Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M. A., Martínez-Hurtado, R. & Noguera Villaescusa, P. (2016) Nivel de estrés del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital clínico universitario. *Enfermería intensiva* 27 (3): 89-95
- Castellano, Nuria N., Gázquez Parra, J. A., López Rodríguez, J. F., & Manzano-Agugliaro, F. (2012). Sistema de Telemetría para la transmisión de datos desde ambulancia. *Dyna*, 79(175), 43-51.
- Eurofound (2005). Work related Stress. (Recuperado el 18/10/2020). En: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/NL0502TR01/NL0502TR01.pdf>.
- Fernández S., A., Juárez G., A., Arias G., F., & González Z., E. (2010). Agotamiento profesional en personal de enfermería: su relación con variables demográficas y laborales. *Rev Enfermería Inst. Mex. Seguro. Soc.*, 18 (1), 15-21.
- Gross-Forneris, S. & Peden-McAlpine, C. (2007) Evaluación de una intervención de aprendizaje reflexivo para mejorar el pensamiento crítico en enfermeras novelas. *Revista de enfermería avanzada* 57(4).410-421. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04120.x
- Galván-Flores, G. M. (2009) La enfermera en la red social de apoyo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 17 (2): 61-62
- García-Avendaño DJ, Ochoa-Estrada MC, Briceño-Rodríguez. (2018) Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary*. 15 (3): 281-293. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2421>
- Jefford, E., Fathy, K. & Sundin, D. (2011). Decision-making theories and their usefulness to the midwifery profession both in terms of midwifery practice and the education of midwives. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 246–253.

<https://researchportal.scu.edu.au/discovery/fulldisplay/alma991012820533902368/61>
SCU_INST:ResearchRepository

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales*. (Recuperado el 18/10/2020). En: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Lima da Silva, J., Reis T., L., da Silva S., R., dos Santos C., F., dos Santos A., J., & Rangel T., E. (2017). Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas. *Enfermería Global*, (48), 80-93.
- Marques, L.C., Lucca, D.C., Alves, E. O., Fernandes, G. C. M., Nascimento, K. C. (2020). Covid-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel. *Enferm [Internet]* (29). (Recuperado el 15/09/20). En: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119>
- Mesa Castro, N. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Ene*, 13(3), 13310. Epub 24 de febrero de 2020. Recuperado en 26 de octubre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010&lng=es&tlng=es.
- Mesquita, A. C., et al. (2013). La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 21(2), 539-545. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>
- Mirel, C. & Martínez Larrea, A. (2010) El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33 (1); 193-201
- Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M & Flores-Monterrosa C. (2020) Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB.*; 23(2): 195-213. DOI: 10.29375/01237047.3890
- Montoya P. A. & Moreno S. (2012) Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe [Internet]*. [Consultado 18 de octubre del 2020]; 29(1): 205-227. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1940/3905>

- Morán, L., Quezada, Y., García, A., González, P., Godínez, S. & Aguilera, M. (2016) Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura. *Enfermería Universitaria* 13 (1): 47-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.001>
- Orgambidez Ramos, A., Borrego Alés, Y., & Ruiz Frutos, C. (2018). Empowerment, vulnerabilidad al estrés y burnout en enfermeros portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva* 23(1), 259-266.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016) *Guía de intervención humanitaria mhGAP. El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. Washington, DC: OPS
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2020). Alerta Epidemiológica: COVID-19, complicaciones y secuelas. Washington D.C., OPS/OMS.
- Ortega Ruiz, C., & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-60
- Ortíz León, ET. Al. (2019). Manejo del estrés; resultado de dos intervenciones: cognitivo conductual y yoga, en estudiantes irregulares de medicina. *Investigación en educación médica*, 8(30), 9-17. Epub 20 de febrero de 2020. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.1764>
- Perdigón, A. G. C. & Strasser, G. (2015) El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 25 [2]: 485-500. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009>
- Pérez M., M. J. & Rodríguez Ch., N. (2011) Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense De Psicología*. 30(45-46); 17-33
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., Oblitas Guadalupe, L. A. (2009) Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica* 16(2): 85-112
- Rodríguez, Ivana, Fonseca, Gabriel M, & Aramburú, Guillermo. (2020). Estrés Académico en Alumnos Ingresantes a la Carrera de Odontología en la Universidad Nacional de

- Córdoba, Argentina. *International journal of odontostomatology*, 14(4), 639-647.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000400639>
- Rodríguez Vega, M. C. et al. (2018). Factores psicosociales y estrategias de afrontamiento asociadas al estrés en profesores universitarios. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 27(4), 197-203. Recuperado en 26 de octubre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552018000400002&lng=es&tlng=es.
- Ruiz, A., Tovar, J., & Andrade, V. (2017). Experiencias del personal de enfermería de salud mental ante estresores ocupacionales en una IPS de Cali, Colombia. *Revista Universidad y Salud* 19(2), 171-185.
- Sánchez, K., Loli, R. & Sandoval, M. (2015) Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias - Instituto de Gestión de Servicios de Salud. *Rev enferm Herediana*; 8(2):116-122.
- Sandin, B. & Chorot P. (1995). *El estrés psicosocial. Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid, España: Editorial UNED - FUE.
- Sandín, B. (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 3(1):141-157 (Recuperado el 11/10/20). En: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8 (1), 39-54. (Recuperado el 11/10/20). En: <file:///Users/osx/Downloads/3941-7263-1-PB.PDF>
- Satizábal M., J., & Marín A., D. (2018). Calidad de sueño del personal de enfermería. *Revista Ciencias de la Salud*, 116(Especial), 75-86.
- Schön, D. (1992) *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós
- Seguel, F. & Valenzuela, S. (2014) Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria*; 11(4):119-127
- Sierra Llamas, C. A.; Julio, J. C. (2010) Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 13(23); 27-41
- Stoll R. (1989) *The essence of spirituality. Spiritual dimensions nursing practice*. Philadelphia (W. B.): Saunders

- Straub, R. O. (2012). *Health Psychology. A biopsychosocial Approach*. New York: Worth Publishers.
- Uribe V., S. P. & Lagoueyte Gómez, M. I. (2014). "Estar ahí", significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Avances en Enfermería*, 32 (2), 261-270. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46230>
- Vega Angarita, O.M., & González Escobar, D. S., (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16) Recuperado en 26 de octubre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es.
- Zavala, M., Vázquez, O & Whetsell, M. (2006) Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichán* 6(6): 8-21